



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

Si dichiara che il/la sig. \_\_\_\_\_  
iscritto al Corso di Laurea \_\_\_\_\_  
ha sostenuto in data \_\_\_\_\_  
l'esame di \_\_\_\_\_  
con il Professore \_\_\_\_\_  
presso l'Università Ca' Foscari Venezia.

Si rilascia questa dichiarazione su richiesta dell'interessato per tutti gli usi  
consentiti dalla legge.

IL DOCENTE

---